

El uso de este formulario es su elección; no es obligatorio.

Si esta es una solicitud urgente, llame al

Departamento de Servicios del Plan de Salud (Health Plan Services Department)

de Denver Health Medical Plan, Inc. (DHMP) al **303-602-2261**.

PARA MIEMBROS DE MEDICAID Y CHP+:

If you have questions about this notice, we can help you for free. We can also give it to you in other formats like large print, audio or in other languages. Para Medicaid: llame al 303-602-2116 o sin costo al 1-855-281-2418. Para CHP+: llame al 303-602-2100 o sin costo al 1-800-700-8140. Call 711 for callers with speech or hearing needs. Si tiene preguntas acerca de este aviso, podemos ayudarlo sin costo alguno. También podemos ofrecerlo en otros formatos como letras grandes, audio u otros idiomas. Llame al 303-602-2116, sin costo al 1-855-281-2418 o al 711 para personas que llaman con necesidades auditivas o del habla.

Este formulario y todos los documentos pueden enviarse por correo postal, fax o correo electrónico a:

Denver Health Medical Plan
Attn: Complaint and Appeal Department
777 Bannock St., MC6000, Denver, CO 80204
Fax: 303-602-2078
Correo electrónico: Complaints_AppealsDHMP@dhha.org

PLAZOS DE PRESENTACIÓN:

Tenga en cuenta que existen fechas límite para presentar una queja/reclamación o apelación. Toda queja presentada después de los plazos permitidos será desestimada sin procesamiento.

Quejas:

- » Planes de Medicare: 60 días calendario a partir de la fecha del suceso/evento
- » Plan de empleador de Denver Health and Hospital Authority (DHHA) y planes de Exchange/CO Option: 180 días después del suceso/evento
- » Planes de Medicaid y CHP+: Ilimitado, sin restricción de fecha límite

Apelaciones:

- » Planes de Medicare: 65 días calendario a partir de la determinación adversa
- » Plan de DHHA y planes de Exchange/CO Option: 180 días calendario a partir de la determinación adversa (estándar), 24 horas (urgente)
- » Planes de Medicaid y CHP+: 60 días calendario a partir de la determinación adversa (estándar), 10 días (urgente)

TIPO DE PLAN DHMP (MARQUE UNA OPCIÓN):

- Elevate Health Plans Exchange/CO Option
- Elevate Medicare Advantage
- Elevate Child Health Plan *Plus*
- Elevate Medicaid Choice
- Planes de empleador de DHHA

COMPLETE EL SIGUIENTE FORMULARIO. UTILICE LA INFORMACIÓN DE LA PERSONA PARA LA QUE SE PRESENTA LA QUEJA O APELACIÓN:

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre) Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)

Nro. de id. de miembro

Nro. de teléfono

Domicilio particular

Ciudad

Estado

Código postal

SI ENVÍA ESTE FORMULARIO EN NOMBRE DE OTRA PERSONA, INGRESE SU INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN.

Deberá cargar una copia firmada del formulario de nombramiento de representante (Appointment of Representative, AOR) con esta queja o apelación.

- » Los miembros de Medicare deben utilizar el formulario de nombramiento de representante 1696 de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), que se encuentra aquí:
www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/CMS-Forms-Items/CMS012207.
- » Los miembros de Medicaid, CHP+, Exchange, Colorado Option y DHHA deben utilizar el formulario de nombramiento de representante de DHMP, que se encuentra aquí:
www.denverhealthmedicalplan.org/appointment-personal-representative-form.

Sin un formulario de nombramiento de representante firmado por el miembro, no podremos procesar la queja o apelación. *Excepción: Los médicos que actúan en nombre de los pacientes que son miembros de Medicare no necesitan enviar el formulario de AOR 1696 de los CMS.*

Nombre del responsable del envío
(apellido, nombre, inicial del segundo nombre)

Nro. de teléfono del responsable del envío

Relación con el miembro

- Familiar
- Proveedor médico
- Otra opción _____

DETALLES DE LA QUEJA O APELACIÓN:

Describa su queja o apelación a continuación. Sea lo más detallado posible. Si es necesario, puede agregar más páginas o documentos acreditativos.

Nro. de reclamo o nro. de autorización

Fechas de servicio

Nombre del proveedor

FIRMAR Y FECHAR:

Firma del miembro

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha